

УДК 616.314.17-008.1-085-036.8

© О. О. Фастовець, Р. Ю. Матвєєнко, В. Г. Малиновський

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Результати аналізу недоліків ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту

Резюме. У статті представлено результати аналізу оцінки якості ортопедичного лікування за даними обстеження 237 хворих на генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості, хронічним перебігом, які звернулися за консультативно-лікувальною допомогою на кафедру ортопедичної стоматології. Найбільш поширеними недоліками ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту, що передують зубному протезуванню, визнано неадекватність заходів оклюзійної корекції та практично повну відсутність раціонального тимчасового протезування. В подальшому проблема неадекватного ортопедичного лікування переважно полягає у неправильному виборі конструкцій, що не враховує стан тканин пародонта опорних зубів, а також допущених технічних помилок при їх виготовленні.

Ключові слова: генералізований пародонтит, ортопедичне лікування, недоліки.

Е. А. Фастовец, Р. Ю. Матвеевко, В. Г. Малиновский

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Результаты анализа недостатков ортопедического лечения генерализованного пародонтита

Резюме. В статье представлены результаты анализа оценки качества ортопедического лечения по данным обследования 237 больных генерализованным пародонтитом разной степени тяжести, хронического течения, обратившихся за консультативно-лечебной помощью на кафедру ортопедической стоматологии. Наиболее распространенными недостатками ортопедического лечения генерализованного пародонтита, предшествующего зубному протезированию, признана неадекватность мероприятий по окклюзионной коррекции и практически полное отсутствие рационального временного протезирования. В дальнейшем проблема неадекватного ортопедического лечения преимущественно состоит в неправильном выборе конструкций, которая не учитывает состояние тканей пародонта опорных зубов, а также допущенных технических ошибок при их изготовлении.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, ортопедическое лечение, недостатки.

O. O. Fastovets, R. Yu. Matvieyenko, V. H. Malynovskyi

SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry of Public Health of Ukraine»

Results of analysis of disadvantages of prosthetic treatment of generalized periodontitis

Summary. The article presents the results of analysis of assessing the quality of prosthetic treatment according to the survey of 237 patients with generalized periodontitis of varying severity, chronicity, who applied for consultative medical care at the Department of Prosthetic Dentistry. The most common disadvantages of prosthetic treatment of generalized periodontitis preceding dentures recognized the inadequacy of measures

to occlusal correction and the almost complete absence of rational temporary prosthesis. Further the problem of inadequate prosthetic treatment mainly consists in the wrong choice of designs, which does not take into account the state of periodontal tissues supporting the teeth, as well as committed technical errors in their manufacture.

Key words: generalized periodontitis, prosthetic treatment, disadvantages.

Вступ. За даними консолідованих епідеміологічних досліджень, генералізований пародонтит посідає шосте місце за розповсюдженням серед населення усього світу. Частка даного захворювання збільшується з віком, демонструючи різке зростання між третім та четвертим десятиріччями життя, досягаючи піку у віці 38 років [1]. Складність етіології й патогенезу генералізованого пародонтиту, залежність його розвитку від багатьох чинників, відсутність адекватної первинної профілактики знижують ефективність лікувальних заходів. Тому останнім часом спостерігається зростання розповсюдження ускладнених форм захворювання, що призводять до втрати зубів [2]. Отже, профілактика та лікування генералізованого пародонтиту на сьогодні продовжують залишатись однією з актуальніших проблем сучасної стоматології.

У свою чергу, забезпечити та підвищити успішність лікування генералізованого пародонтиту можливо лише додержуючись комплексного підходу, який передбачає застосування терапевтичних, хірургічних та ортопедичних методів. При цьому, в зазначеному контексті головна мета ортопедичного лікування тканин пародонта – усунення вторинної травматичної оклюзії, нормалізація оклю-

зійних співвідношень та іммобілізація рухомих зубів, які здійснюються шляхом виготовлення різноманітних конструкцій шин та зубних протезів [3].

Сьогодні розроблено та впроваджено в практику охорони здоров'я основні принципи комплексної терапії хвороб пародонта. Проте в стоматологічних закладах не завжди проводять відповідний обсяг заходів, необхідних для ефективного лікування генералізованого пародонтиту та досягнення стану стабілізації захворювання, що найбільшою мірою стосується ортопедичних втручань [4].

Метою дослідження було проаналізувати помилки в ортопедичному лікуванні хворих на генералізований пародонтит, які не дозволяють досягти тривалої клініко-рентгенологічної стабілізації захворювання, що в подальшому дозволить визначити шляхи оптимізації даного виду стоматологічної допомоги.

Матеріали і методи. У рамках представленого дослідження було обстежено 237 пацієнтів із генералізованим пародонтитом різного ступеня тяжкості, хронічним перебігом, які звернулися на кафедру за консультативно-лікувальною допомогою. Поділили хворих за клінічними та статевовіковими ознаками (табл.).

Таблиця. Поділ хворих за статевовіковою ознакою та характером перебігу запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта

Вік/стать		Ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту					
		I		II		III	
		абс.	відн.	абс.	відн.	абс.	відн.
До 40 років	чоловіки	10	4,2	1	0,4	–	–
	жінки	18	7,6	–	–	–	–
41–50 років	чоловіки	20	8,4	21	8,9	1	0,4
	жінки	25	10,6	14	5,9	5	2,1
51–60 років	чоловіки	12	5,1	18	7,6	15	6,3
	жінки	18	7,6	22	9,3	7	3,0
Старше 60 років	чоловіки	–	–	8	3,4	13	5,5
	жінки	–	–	2	0,8	7	2,9

Попереднє лікування захворювання проводили в різних лікувальних закладах області (державних та приватних). Оцінку якості лікування, що здійснено, проводили на основі протоколів надання стоматологічної допомоги, затверджених МОЗ України [5], а також згідно з рекомендаціями щодо прогнозування ефективності ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту [6]. Аналіз виконували за даними історій хвороб, а також сукупністю різних показників стану тканин пародонта як суб'єктивних (відсутність скарг), так і об'єктивних (клінічні показники, індексна оцінка, рентгенографічні дослідження тощо).

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу «MS Excel 2003».

Результати досліджень та їх обговорення.

Серед обстеженого контингенту хворих переважали жінки, кількість яких складала $(54,0 \pm 3,2) \%$.

Серед пацієнтів, яких було включено в дослідження, більшість мала дефекти зубних рядів $(77,6 \pm 2,7) \%$. При цьому однібічні кінцеві дефекти були діагностовані у $(14,1 \pm 2,5) \%$ спостережень, двобічні – в $(20,1 \pm 3,0) \%$. У $(52,2 \pm 3,2) \%$ хворих встановлено дефекти зубних рядів у бокових ділянках зубних рядів. Відповідно включені дефекти у фронтальному відділі зустрічались у $(13,6 \pm 2,5) \%$ хворих.

Незнімними шинами користувалось $(4,2 \pm 1,3) \%$ обстежених, знімними конструкціями, що шинують, – $(1,3 \pm 0,4) \%$. Кількість хворих, яким було виготовлено на момент обстеження незнімні шини-протези, складала $(7,2 \pm 1,7) \%$; знімні – $(10,6 \pm 2,0) \%$; комбіновані – $(7,6 \pm 1,7) \%$. Дефекти зубних рядів та коронкових частин зубів були відновлені у $(4,7 \pm 1,4) \%$ пацієнтів незнімними зубними протезами, у $(8,4 \pm 1,8) \%$ – знімними, а у $(3,0 \pm 1,0) \%$ – комбінованими.

Насамперед, достатність та відповідність обсягу ортопедичних втручань у комплексному лікуванні пародонтиту визначали за анамнестичними даними.

Згідно з проведеним аналізом історій хвороб, у $(80,2 \pm 3,0) \%$ пацієнтів зубне протезування проводили до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, відразу після усунення явищ гострого запалення терапевтичними методами. Тимчасове протезування у зазначених хворих перед виготовленням по-

стійних конструкцій зубних протезів взагалі відсутнє.

У $(11,0 \pm 2,3) \%$ пацієнтів замість оклюзійної корекції з подальшим раціональним протезуванням застосовано адгезивні конструкції, що шинують, які фіксували існуючу травматичну оклюзію, що призводило до суттєвого погіршення стану пародонта опорних зубів.

Більш того, за результатами опитування, $(0,4 \pm 0,1) \%$ хворих відзначили несприйняття запропонованих їм шинуючих конструкцій, що ілюструє неякісне проведення реабілітаційно-профілактичного етапу лікування.

У подальшому аналіз проводили за даними обстеження ротової порожнини, зокрема оцінки стану зубних протезів та конструкцій, що шинують. Виходячи з того, що раціонально виготовленою слід вважати таку шину, яка усуває патологічну рухомість зубів та травматичну дію оклюзійного навантаження, негативну оцінку отримали конструкції, що шинують, у $(28,8 \pm 3,0) \%$ хворих. При правильному методі шинування терапевтичний ефект полягає в нормалізації кровообігу та відповідних судинних реакціях тканин пародонта на функціональне навантаження. Зазначені конструкції не забезпечували даного результату в зв'язку з тим, що були підібрані нераціональні опорні елементи та ті, що шинують, визначена неадекватна кількість опорних зубів без врахування резервних можливостей зубів з пошкодженим пародонтом, використаний неефективний вид стабілізації зубів у зубному ряді.

Зокрема, помилковим було визнано використання фрагментарних шин, що поєднували окремі групи зубів $(4,2 \pm 1,3) \%$. Поруч з тим, несприятливим в клінічному плані були визнані конструкції, що шинують, на весь зубний ряд зі стабілізацією по дузі, які мали технічні неточності, відповідно нещільно прилягали до препарованих тканин коронок зубів та були не здатні забезпечити надійну іммобілізацію зубів $(2,1 \pm 0,8) \%$. На наш погляд, для запобігання подібного роду ускладнень слід використовувати литво на вогнетривкій моделі, тоді як при застосуванні литва на конусі не рекомендується створювати незнімні коронкові шини розмірами більше 8 одиниць.

При генералізованому пародонтиті резервні сили пародонта знижені, але знижені неоднаково для різних груп зубів, що потре-

бує використання декількох конструкцій, що шинують, одночасно, як правило, це сагітальна (фронтальна, парасагітальна) стабілізація незнімними конструкціями та стабілізація по дузі знімними видами шин або шин-протезів. У наших спостереженнях у $(2,1 \pm 0,8)$ % обстежених хворих помилковим було надання переваги знімним конструкціям над комбінованим. Таким чином, у цих випадках були використані шини, які не усували рухомість зубів у горизонтальному та вертикальному напрямках.

До того ж, у $(10,1 \pm 2,0)$ % хворих, які користувались шинами та шинами-протезами, спостерігали фіксацію на зубних протезах оклюзії, що травмує.

У цілому в $(84,4 \pm 2,4)$ % обстежених хворих діагностували травматичну оклюзію, у $(35,4 \pm 3,1)$ % заходи щодо усунення якої взагалі не проводились (згідно з даними анамнезу).

Встановлено, що у $(27,0 \pm 2,9)$ % хворих здійснювалось вибіркоче пришліфовування зубів, проте лише в стані центральної оклюзії, що не дозволило створити динамічну оклюзію, яка ковзає. Патологічне оклюзійне навантаження, що виникло, призводило до прогресування травмування тканин пародонта та сприяло подальшому їх руйнуванню. За даними рентгенографічного обстеження, у місцях виникнення передчасних контактів особливо виражені явища остеопорозу та прогресування резорбції міжзубних перегородок. Тут варто зауважити, що ми визначили негативну тенденцію до керування лікарем при виборі тактики лікування, зокрема визначення необхідності оклюзійної корекції із застосуванням вибіркового пришліфовування, бажаннями хворого. При цьому в історії хвороби зазначалось, що хворий відмовився від тієї чи іншої маніпуляції.

Також ми виявили недоліки при моделюванні металокерамічних зубних протезів та шин-протезів у $(12,7 \pm 2,2)$ % хворих на генералізований пародонтит, що були обстежені. Зокрема, до таких помилок відносили моделювання високих горбків бокових зубів, що блокують сагітальні та трансверзальні рухи нижньої щелепи та призводять до горизонтального перевантаження опорних зубів; створення глибокого різцевого перекриття, яке спричиняє функціональне травматичне перевантаження пародонта в передній та бо-

кових оклюзіях; занадто широка жувальна поверхня проміжної частини.

Безсумнівно, помилковим з позицій біомеханіки є використання в якості опори зубів з III ступенем рухомості, де спостерігався «ефект консолі», які ми встановили у $(0,8 \pm 0,3)$ % випадків від загальної кількості спостережень при застосуванні незнімних шинуючих протезів.

Зрозуміло, що конструкція, яка відновлює дефекти зубів та зубних рядів або шинує, не повинна травмувати тканини маргінального пародонта, що особливо актуально для генералізованого пародонтиту. Краї комбінованих коронок повинні доходити до ясенного рівня, при цьому під'ясенне розташування коронки не допустиме, навіть у фронтальних ділянках зубних рядів, при цьому обов'язковим є формування уступів. Для запобігання підвищеного утворення зубних відкладень не слід створювати гірлянду з піднебінної сторони.

Виходячи з вищезазначених критеріїв, за результатами оцінки якості ортопедичного лікування, зокрема клінічної оцінки зубних протезів, шин, шин-протезів, встановлено порушення крайового прилягання опорних елементів, переважно коронок, у $(12,6 \pm 2,2)$ % хворих, що робило неможливим позитивний лікувальний ефект і, більш того, погіршувало перебіг запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта. Взагалі, найбільш частими помилками у виготовленні коронок було подовження їхніх апроксимальних стінок, або навпаки, вкорочення країв з боку присінка ротової порожнини; утворення пролежнів при застосуванні мостоподібних протезів-шин.

При використанні інтрадентальних суцільнолитих шин у $(0,4 \pm 0,1)$ % спостерігали також пошкодження кореневих каналів опорних зубів, що призводило до суттєвих порушень в періодонті, та сприяло негативному виходу проведеного ортопедичного лікування, навіть при застосуванні адекватних конструкцій.

Ціла низка помилок реєструвалась при оцінці якості знімних зубних протезів та шин-протезів, які переважно були пов'язані з нераціональним вибором системи їх фіксації. Так, застосування при кінцевих дефектах зубних рядів жорсткого поєднання кламерної системи с базисом протеза, що призводить до перевантаження зубів, які обмежують дефекти, було встановлено у 4 випадках $((1,7 \pm 0,4) \%)$.

Використання багатоланкового кламера без вестибулярної частини та системи кламерів Роуча не забезпечує ефекту, що шинує, та призводить до зміщення зубів при оклюзійних контактах, було встановлено у 2 випадках ($(0,8 \pm 0,3) \%$). У 3 випадках ($(1,3 \pm 0,4) \%$) виявлені погіршеності в точності прилягання опорно-утримувальних елементів, балансування та рухомість бюгельних протезів-шин.

Окремо слід зазначити незадовільний стан гігієни ротової порожнини та зубних протезів у $(32,0 \pm 3,0) \%$ обстежених, що призводив до погіршення умов користування ортопедичними конструкціями і значно нівелював ефективність зубного протезування. При тому $(9,0 \pm 1,9) \%$ хворих стверджували про відсутність роз'яснень з боку лікаря про особливості догляду за протезами.

Висновки. Недоліки ортопедичного лікування у хворих на генералізований пародонтит доцільно поділити на дві основні групи.

Перша група — ті, що припускаються у заходах, які передують зубному протезуванню.

До них ми віднесли неадекватність оклюзійної корекції щодо усунення функціонального перевантаження зубів шляхом вибіркового пришліфовування, а також відсутність тимчасового протезування.

На другому етапі ортопедичного лікування, постійного зубного протезування та шинування, проблема нераціональності проведення втручань полягає у невідповідності обраної конструкції стану тканин пародонта опорних зубів, а також в технічних помилках при їх виготовленні. Немаловажною складовою відсутності тривалого лікувального ефекту є погана гігієна ротової порожнини та зубних протезів.

Поруч з тим, при правильно здійсненому комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, зокрема із використанням ортопедичних методів, а також строгому додержанні гігієни порожнини рота та необхідному обсязі диспансерних заходів, ми спостерігали тривалу клініко-рентгенологічну стабілізацію захворювання.

Список літератури

1. Global Burden of Severe Periodontitis in 1990-2010: A Systematic Review and Meta-regression / N. J. Kassebaum, E. Bernabey, M. Dahiya [et al.] // *Journal of Dental Research*. — 2014. — Vol. 93, № 11. — P. 1045–1053.
2. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis / W. Marcenes, N. J. Kassebaum, E. Bernabey [et al.] // *Journal of Dental Research*. — 2013. — Vol. 92, № 7. — P. 592–597.
3. Жулев Е. Н. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта / Е. Н. Жулев. — Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2003. — 278 с.
4. Аналіз причин незадовільних результатів лікування генералізованого пародонтиту / А. В. Борисенко, Н. М. Ткачук, В. І. Сема, Ю. Є. Браун // *Новини стоматології*. — 2011. — № 2 (67). — С. 80–85.
5. Терапевтична стоматологія. Розділ 1. Протоколи надання стоматологічної допомоги / А. В. Борисенко, А. М. Політун, О. Ф. Несін, А. Ф. Сідельникова. — К. : Медицина, 2005. — 506 с.
6. Неспрядько В. П. Розробка алгоритму прогнозування ефективності ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту / В. П. Неспрядько, І. О. Жданович Т. В. Коломійченко // *Вісник проблем біології і медицини*. — 2013. — Вип. 2 (100). — С. 324–327.

Отримано 09.02.15